



### Formulir Perubahan Polis *Financial*

- Isi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan beri tanda (V) pada lingkaran yang disediakan  
 - Setiap kesalahan penulisan wajib dikoreksi dengan pencoretan dan pembubuhan tandatangan Pemegang Polis disebelahnya.  
 - Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

#### Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

No telepon yang bisa dihubungi

Apakah ada perubahan alamat, email, atau no telepon?  Tidak  Ya, mohon menggunakan aplikasi FWD MAX dengan fitur eServices di menu Profil saya, untuk melakukan perubahan data.

#### FATCA dan/atau CRS

Apakah kamu memiliki atau bertindak untuk dan atas nama pemilik kewajiban pajak (*tax residency*/sebagai pembayar pajak/memiliki penghasilan yang menjadi objek pajak) di negara selain Indonesia sehubungan dengan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dan/atau Common Reporting Standard (CRS)?

Tidak  
 Ya, mohon mengisi Formulir Deklarasi FATCA dan/atau CRS

#### Pilih Transaksi yang akan Kamu ajukan dan wajib diisi dengan lengkap

1. Perubahan Manfaat Asuransi (pilih sesuai mata uang Polis)  Rp  USD Menjadi:

Jenis Asuransi	Uang Pertanggungan	Naik/Turun	Premi	Naik/Turun
Asuransi Dasar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Top-Up Berkala	-			
Total				

Jenis Asuransi Tambahan	Uang Pertanggungan	Tambah	Hapus	Ubah	Nama Tertanggung
FWD Accidental & Disablement Benefit	<input type="text"/>				
FWD Critical Illness – Accelerated	<input type="text"/>				
FWD Payor Term	<input type="text"/>				
FWD Waiver of Premium Insured	<input type="text"/>				
FWD Waiver of Premium Insured Plus	<input type="text"/>				
FWD Payor Waiver	<input type="text"/>				
FWD Payor Waiver Plus	<input type="text"/>				
FWD Waiver of Premium of Family	<input type="text"/>				
FWD Waiver of Premium of Family Plus	<input type="text"/>				
FWD Critical Illness – Non Accelerated*	<input type="text"/>				
FWD Family Term*	<input type="text"/>				
FWD Hospital & Surgical*	<input type="text"/>				
FWD Hospital Cash*	<input type="text"/>				

\*) Untuk Tertanggung ke 4 dst, mohon data perubahan dituliskan dalam Formulir Amandemen Untuk Surat Permohonan Asuransi/Pengajuan Pelayanan Polis

**PT FWD Insurance Indonesia**  
 Pacific Century Place, Lantai 20  
 SCBD Lot 10, Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53  
 Jakarta Selatan 12190, Indonesia  
 P 1 500 525 M (+62) 8551500525  
 E CustomerCare.id@fwd.com

**Bebaskan langkah**  
 fwd.co.id



Nomor Polis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Persyaratan/Kelengkapan Dokumen**

- 1. Formulir ini, diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis
- 2. Fotokopi Kartu Identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung, yang masih berlaku
- 3. Kelengkapan Dokumen perubahan yang diajukan:
  - Formulir Pernyataan Kesehatan : Untuk Naik Uang Pertanggungan, Tambah Asuransi Tambahan
  - Ilustrasi : Untuk Naik/Turun Uang Pertanggungan, Naik/Turun Premi, Tambah/Hapus Asuransi Tambahan, Ubah Tanggal Lahir Tertanggung
  - Fotokopi Akte Lahir : Untuk perubahan Tanggal lahir
- 4. Formulir Deklarasi FATCA dan /atau CRS (khusus Pemegang Polis atau Beneficial Owner yang memiliki kewajiban pajak di luar Indonesia)
- 5. Dokumen lain yang berkaitan dengan transaksi ini, yang akan diberitahukan oleh PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance")(jika diperlukan).

**Ketentuan:**

1. Formulir ini hanya dapat digunakan untuk satu nomor Polis yang status Polisnya Aktif (*Inforce*)
2. Dokumen yang telah diisi lengkap dan benar harus sudah diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance bagian POS Department paling lambat pukul 14.00 untuk diproses dihari yang sama
3. Apabila dokumen yang diterima tidak lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses saat kelengkapan dokumen terakhir diterima sesuai batas waktu yang ditetapkan
4. Formulir ini berlaku selama 30 hari kalender dihitung sejak ditandatangani oleh Pemegang Polis sampai diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance. Apabila dokumen diterima melebihi 30 hari kalender, maka formulir ini tidak dapat diproses. Pemegang Polis dapat mengajukan Ulang Formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.
5. Setiap dokumen yang telah diterima dan disetujui oleh FWD Insurance bersifat final dan tidak dapat dibatalkan dengan alasan apapun.
6. Persyaratan atas perubahan Polis yang diajukan dalam Formulir ini sesuai dengan Ketentuan Polis dari masing-masing produk Asuransi.

**Pernyataan Pemegang Polis**

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

1. Seluruh ketentuan dalam Polis dan Formulir ini serta biaya dan/atau pajak yang timbul terkait pengajuan transaksi pada formulir ini.
2. Semua Informasi dari kelengkapannya yang tertera dan terkait dengan pengajuan transaksi pada Formulir ini adalah lengkap dan benar. Apabila ditemukan kekeliruan atau terdapat penipuan dalam informasi pada Formulir ini, maka saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan FWD Insurance beserta afiliasinya dari segala tuntutan dari pihak manapun dan FWD Insurance berhak menolak pengajuan transaksi pada Formulir ini.
3. FWD Insurance berhak menolak permohonan transaksi ini apabila Saya tidak dapat memenuhi ketentuan Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4. Tidak ada perubahan atas informasi data pribadi Saya yang dapat mempengaruhi status kewajiban pajak Saya terkait dengan Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA) atau Common Reporting Standard (CRS).
5. Saya telah mendapatkan penjelasan /informasi menyeluruh dari Tenaga Pemasar dan menyetujui segala risiko apabila sumber dana yang digunakan untuk transaksi ini berasal dari penarikan dana/pembatalan/penebusan Polis yang akan digunakan untuk pembayaran Polis lain.
6. Apabila pengajuan transaksi pada Formulir ini diajukan oleh Saya sebagai Pemegang Polis yang bukan sebagai Tertanggung dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah mendapatkan kewenangan atau persetujuan yang diperlukan dari Tertanggung untuk (i) memberikan informasi Tertanggung kepada FWD Insurance; dan (ii) menerima informasi Tertanggung dari FWD Insurance kepada Saya. Saya juga memahami bahwa informasi yang dibutuhkan dalam transaksi ini disyaratkan oleh FWD Insurance dalam rangka proses Pengajuan Transaksi pada Formulir ini.
7. Saya Memberikan kuasa dan ijin yang tidak dapat dibatalkan oleh sebab apapun secara khusus dengan hak substitusi untuk tujuan transaksi kepada: (i) FWD Insurance untuk meminta catatan riwayat kesehatan Saya/Tertanggung atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung dari setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung; dan (ii) Setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung, untuk mengungkapkan atau memberikan kepada FWD Insurance semua catatan riwayat kesehatan atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan dokumen aslinya

Tempat dan Tanggal Pengajuan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tanda Tangan Pemegang Polis

Kode Tenaga Pemasar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas